

Gestión clínica en un servicio de angiología y cirugía vascular. Resultados de la aplicación de algoritmos de manejo clínico

similar papers at core.ac.uk

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca, España.

Correspondencia: Dr. J. Juliá. Servicio de Cirugía Vascular. Hospital Son Dureta. Andrea Doria, 55. 07014 Palma de Mallorca. España.
Correo electrónico: jjuliam@hotmail.com

Recibido: 19 de septiembre de 2002.

Aceptado: 25 de marzo de 2003.

(Clinical management in a vascular surgery unit. Results of the application of a clinical practice protocol)

Resumen

Objetivo: Analizar el impacto de la gestión clínica en los indicadores básicos de calidad en un servicio de cirugía vascular durante un período de 10 años.

Métodos: Análisis retrospectivo de los indicadores asistenciales en el período 1990-2001 y la influencia que han tenido una guía de manejo clínico y la elaboración de unos estándares de calidad.

Resultados: Los indicadores de calidad analizados mejoran al comparar ambos períodos. El nivel de seguridad asistencial medicoquirúrgico no se afectó por la aplicación de algoritmos de manejo y de guías de cuidados clínicos.

Conclusiones: La gestión clínica basada en el binomio coste-calidad puede asegurar la eficiencia de un servicio y optimizar los recursos sin menoscabo de la calidad de los procedimientos asistenciales. Es posible definir el estándar de calidad por grupo de procedimientos, en función de la utilización de recursos hospitalarios y de las tasas de morbilidad y mortalidad.

Palabras clave: Guías de manejo. Gestión clínica. Indicadores de salud. Coste-calidad.

Abstract

Objectives: The aim of this study was to analyze the impact of clinical management on quality indicators in a vascular surgery unit over a 10-year period.

Methods: We performed a retrospective analysis of quality indicators from 1990 to 2001 and of the influence of a clinical practice protocol and standards of quality on these indicators.

Results: Comparison of both periods revealed improvement in all the quality indicators. The safety of surgical procedures was unaffected by the application of management protocols and clinical pathways.

Conclusions: Clinical management based on the cost-quality binomial can ensure the efficiency of a hospital unit without adversely affecting quality of care. Quality standards based on hospital resource use, morbidity and mortality can be defined for groups of procedures.

Key words: Clinical practice protocols. Clinical management. Health indicators. Cost-quality.

Introducción

A finales de 1993 se constituyó un grupo de cirujanos vasculares en el Hospital Son Dureta, de Palma de Mallorca, con el objetivo de concebir un proyecto de descentralización de servicios médicos¹. El método de trabajo se basó en la responsabilidad participativa de la dirección y la evaluación del funcionamiento del servicio, gestionando los recursos materiales y humanos, siempre dentro del marco de actuación de nuestro entorno laboral.

Material y métodos

Se realizó un trabajo con las siguientes fases:

1. Elaboración de un manual de procedimientos:
 - Diseño de una guía de manejo clínico de pacientes.
 - Definir una guía de cuidados clínicos.
 - Elaborar estándares de calidad.
 - Fijación de objetivos asistenciales.

2. Definición de la cartera propia de servicios. Definición de asignación de recursos: humanos (contratación por horas), económicos (pactos de consumo con suministros y farmacia, contratos de servicio, estruc-

turales), *stocks* (auditoría-inventario, máximo y mínimo de seguridad), inversiones (definir el plan de necesidades) e inventarios del servicio.

3. Creación de un manual de seguimiento y control del servicio.

Se evaluaron los problemas y las necesidades de salud, de servicios y de recursos, así como precisar qué requerimientos identificados podían ser satisfechos en ese momento y cuáles precisaban recursos adicionales, mediante el análisis de los siguientes factores:

1. Perfil del servicio: *a)* análisis del entorno externo (marco de referencia, indicadores de salud; necesidades asistenciales), y *b)* análisis del entorno interno (definición del servicio, nivel de prestaciones; recursos humanos; bases estructurales del servicio).

2. Análisis operativo de la actividad asistencial y evaluación de la utilización de servicios: medidas de utilización de servicios, determinación de la carga asistencial, indicadores de recursos y determinación de su capacidad.

3. Indicadores de calidad: índice de mortalidad, índice de infección nosocomial, índice de reintervenciones, índice de reingresos inmediatos (< 1 mes) y tardíos, índice de cirugía arterial directa compleja, índice de amputaciones mayores, índice de amputación mayor/intervención revascularizadora.

Una vez analizado e inventariado tanto el servicio como la actividad asistencial y las posibles necesidades reales de la comunidad, se procedió en segundo lugar al diseño de una guía de cuidados clínicos para el manejo de pacientes^{6,8,10}. Esta guía era una herramienta que buscaba la mejora de calidad, la idoneidad y la efectividad de la asistencia sanitaria; a la vez que evitaba la dispersión de criterios diagnósticos y terapéuticos dentro del servicio. A partir de esta premisa, analizamos los ingresos clasificándolos por diagnóstico según la clasificación CIM-9-MC, con el fin de identificar el producto asistencial del servicio^{2,4}.

Se agruparon las condiciones de comorbilidad (CC), según el número de diagnósticos secundarios, en cuatro categorías de riesgo y se evaluó el consumo de recursos hospitalarios por grupos diagnósticos y por ca-

tegorías de morbilidad, en función de los parámetros anteriormente citados.

A través de las sesiones del servicio se determinó la necesidad de desarrollar estándares que permitieran evaluar la calidad y determinar criterios de buena praxis clínica.

De los diferentes sistemas de clasificación del *case-mix*, el sistema de categorías de manejo de pacientes (PMC) se consideró el más adecuado, ya que no solamente definía grupos homogéneos por motivo de ingreso, sino que llevaba asociada la definición de un protocolo de tratamiento clínico⁷. El objetivo era homogeneizar las múltiples desigualdades en cuanto a la utilización de recursos por las diferentes categorías diagnósticas. Una vez definidos los distintos algoritmos de manejo clínico, la guía de cuidados clínicos y la determinación de los índices de riesgo por pacientes y acto quirúrgico, aplicamos esta herramienta de gestión clínica en la labor asistencial diaria del servicio.

Resultados

Para validar los datos obtenidos tras la aplicación de los algoritmos y la guía de cuidados, se realizó un análisis global de la eficiencia de los últimos 10 años según las normas de auditoría del sector público, emitidas por la Intervención General de la Administración del Estado en septiembre de 1983^{3,9}.

En las tablas 1 y 2 se muestran los resultados de esta auditoría.

Conclusiones

La utilización de los AMC (algoritmos de manejo clínico) permite:

1. La identificación de las actividades que mejoran los resultados medidos en niveles de calidad, garantizando la calidad asistencial.

2. Asegurar la eficiencia en la asignación de los recursos sanitarios.

Tabla 1. Indicadores de calidad asistencial analizados

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Índice de ocupación (%)	88	87	67	74	79	68	60	58	78	73	70	70
Estancia media (días)	13,8	13,7	12	12,9	10,6	7,2	6,5	5,6	5,8	5,2	5	5,1
Presión urgencias (%)	73	60	51	64	51	51	47	39	42	42	39	39
Relación de visitas sucesivas/primeras visitas	3,6	2,7	2,0	2,1	2,0	1,9	1,6	1,16	1	1	0,7	0,75

Tabla 2. Indicadores de calidad asistencial

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Índice de mortalidad	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4
Hospital Son Dureta	4	3	3,3	6	2	2	1	1	1	2	2	2
Servicio de Cirugía Vascular												
Información nosocomial ^a	ND	11,6	10,2	9,8	9,9	11,9	8,66	10,27	7,01	5,62	8,08	6,21
Hospital Son Dureta	ND	10	4,2	5,6	ND	3,5	3,85	0	7,15	10	0	9,09
Servicio de Cirugía Vascular (Nacional)							8,41	8,08	7,95	7,91	8,09	7,74
Tasa de reintervención	ND	ND	18,8	17,2	15,1	13,4	14,4	14	11	11,8	12	11,6
Tasa de cirugía arterial directa ^b	ND	40	36	33,	42	46	45	42	38	44	46	43
Tasa de amputación mayor	ND	14,5	8,6	7,9	7,7	7,6	9	9,6	6,6	6,9	7	6

Las cifras expresan porcentajes. ^aCortes de prevalencia. Unidad de Medicina Preventiva Hospital Son Dureta. Estudio EPINE. ^bTromboembolismos y accesos para hemodiálisis excluidos. ND: no disponible.

3. Realizar la gestión clínica del servicio según criterios de coste/calidad.

4. La aplicación de un algoritmo de manejo y de una guía de cuidados clínicos que mejoran los parámetros de calidad asistencial sin afectar al nivel de seguridad medicoquirúrgico.

5. Garantizar la idoneidad en la aplicación de los procedimientos asistenciales.

6. El índice de riesgo aplicado a los algoritmos de manejo clínico permite definir fácilmente el estándar de calidad por grupo de procedimientos, en función de la utilización de recursos hospitalarios y de las tasas de morbimortalidad.

7. Evaluar la eficiencia de la asistencia sanitaria.

8. Determinar una cultura competitiva basada en la calidad asistencial como parámetro de presupues-

tación de los servicios clínicos asistenciales en función del grado de severidad del *case-mix* medio del hospital.

9. Potencia la introducción de criterios clínicos para la determinación del coste por proceso, definiendo estándares de eficiencia/calidad.

Si el entorno sanitario permitiese una mayor libertad presupuestaria y de diseño y disposición de los recursos, se podría mejorar el rendimiento de todos los procedimientos y su coste. Para ello, los servicios deben demostrar mediante auditorías internas que están preparados para ello y los estamentos directores deben apoyar con medidas de eficacia real al personal médico asistencial.

Bibliografía

- Vidal J, Busquets A, Oliveras A, Tortella M. Memorias del Servicio Control Gestión del Hospital Son Dureta, 1994-2000.
- Lozano P, Gómez FT, Julia J, Rimbau M. Introducción de un protocolo de cuidados en cirugía carotídea: impacto en el nivel de calidad. XIV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Salamanca 1996. Libro de resúmenes p. 236.
- Veny J, Lomas E, Llull P, Coll I, Tortel J. Memorias del Servicio Documentación Clínica del Hospital Son Dureta, 1994-2000.
- Julia J, Lozano P, Gómez FT, Corominas C, Marrón A. Valor predictivo de un índice de riesgo en cirugía vascular. XIV Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Salamanca 1996. Libro de resúmenes; p. 228.
- Marrón A, Jiménez J, Aliaga F, García D. El Sistema Nacional de Salud en la década de 2000. Los escenarios finales de la reforma sanitaria. SF Editores, 1994.
- Marrón A, Jiménez J. La gestión clínica: fundamentos y requisitos. Todo Hospital 1995;118:63-8.
- Muñoz E, Cohen J, Goldstein J, Benacquista T, Mulloy K, Wise L. Rentabilidad y coste hospitalario en los grupos estratificados. DRG de cirugía vascular periférica sin complicaciones ni morbilidad asociada. An Cir Vasc 1989;3:80-3.
- William C, Hsiao PH, Braun P, Douwe Y. Estimating physicians work for a resource-based relative value scale. N Engl J Med 1988;319:835-41.
- Murray G, Hayes C, Fowler, Dunn D. Presentation of comparative audit data. Br J Surg 1995;82:329-32.
- Field MJ, Loh KN. Clinical practice guidelines. Directions for a new program. Washington, DC: National Academy Press; 1990.